

2022-2024

# Piano Integrato di Attività e Organizzazione

## **1^ Sezione di programmazione**

### **SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE**

**Denominazione:** IPAB Casa di Riposo "A. Rossi"

**Sede legale:** 36011 Arsiero (VI) – Viale G. Mazzini n. 46

**Telefono:** 0445-740212

**Sito istituzionale:** [www.csprossi.it](http://www.csprossi.it)

**E-mail:** [info@casariposorossi.it](mailto:info@casariposorossi.it)

**PEC:** [casariposorossi@pec.it](mailto:casariposorossi@pec.it)

**Codice fiscale:** 83001570247

**Partita IVA:** 01636260240

## 2^ Sezione di programmazione

### sottosezione 2.1

## VALORE PUBBLICO

Il valore pubblico dell'Ente si estrinseca nell'erogazione di un adeguato livello, secondo lo specifico bisogno, di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, tutelare e alberghiera rivolta a persone di norma anziane, con esiti di patologie fisici, psichici, sensoriali e misti non curabili a domicilio.

Per la creazione del valore pubblico, la strategia dell'Ente è improntata al raggiungimento dei seguenti target:

- produrre risultati oggettivamente validi per gli stakeholder, cosiddetti “portatori di interessi” nei confronti dell'organizzazione;
- intraprendere iniziative sostenibili dal punto di vista organizzativo;
- la qualità del servizio erogato e la legittimazione nei confronti degli stakeholder.

### sottosezione 2.2

## PERFORMANCE

Con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 28 del 21.12.2018 è stato approvato il Regolamento per la misurazione e la valutazione della performance.

Con deliberazione n. 6 del 23.02.2022 sono stati individuati gli obiettivi di performance per l'anno 2022, come di seguito riportato:

Area/Posizione	Obiettivi anno 2022
<b>Segretario-Direttore</b>	<p><u>Obiettivo n. 1:</u> aggiornamento dei contenuti del sito istituzionale dell'Ente.</p> <p><u>Obiettivo n. 2:</u> monitoraggio costante delle fasi di avanzamento di lavori strutturali di miglioramento e di adeguamento della struttura.</p> <p><u>Obiettivo n. 3:</u> implementazione dei servizi anche attraverso convenzioni e forme di collaborazione con altri enti.</p> <p><u>Obiettivo n. 4:</u> coordinamento e gestione procedimento di gara per il servizio di ristorazione tra più enti. Coordinamento controllo qualità sulla nuova gestione del servizio lavanderia.</p>
<b>Gestionale ed amministrativa</b>	<p><u>Obiettivo n. 1:</u> organizzazione dei servizi di propria competenza nel corso di eventuali ulteriori fasi di emergenza Covid, anche ricorrendo all'innovazione tecnologica.</p> <p><u>Obiettivo n. 2:</u> gestione di almeno due centri di costo, in particolare relativi alla Ristorazione e al Servizio Lavanderia.</p> <p><u>Obiettivo n. 3:</u> elaborazione e presentazione di due report annuali, aggiornati rispettivamente a settembre e novembre, sull'andamento del bilancio.</p> <p><u>Obiettivo n. 4:</u> collaborazione con la Direzione nella gestione di funzioni amministrative convenzionate con altri enti.</p>

<p><b>Socio assistenziale e sanitaria</b></p>	<p><u>Obiettivo n. 1:</u> Collaborazione con la Direzione nella gestione dei servizi di propria competenza nel corso di eventuali ulteriori fasi di emergenza epidemiologica da SARS-Covid-19 e nella gestione del servizio convenzionato Centro Diurno di Piovene Rocchette.</p> <p><u>Obiettivo n. 2:</u> monitoraggio dei Servizi Generali, dei Servizi Assistenziali, e del Servizio di Ristorazione. Elaborazione di periodiche relazioni sull'andamento degli stessi. In particolare, seguire l'esternalizzazione del servizio di lavanderia per il lavaggio della biancheria piana e personale degli ospiti.</p> <p><u>Obiettivo n. 3:</u> aggiornamento del DVR dell'Ente e svolgimento della formazione obbligatoria.</p> <p><u>Obiettivo n. 4:</u> assicurare una rilevazione annuale dei bisogni formativi del personale (infermieri e oss) e pianificazione di un intervento formativo non obbligatorio.</p>
---	--

### **sottosezione 2.3**

## **RISCHI CORRUTTIVI - TRASPARENZA**

### **VALUTAZIONE DI IMPATTO DEL CONTESTO ESTERNO**

L'analisi del contesto esterno, quale processo conoscitivo in grado di fornire una visione integrata della situazione in cui l'Amministrazione opera, delinea gli assetti territoriali, economici e sociali che costituiscono l'ambito di governo e di intervento nel territorio. Consente di stimare le potenziali interazioni e le sinergie con i soggetti coinvolti nelle diverse attività, sia in modo diretto che indiretto, di verificare i punti forza e i punti di debolezza dell'organizzazione, di verificare i vincoli e le opportunità offerti dall'ambiente di riferimento. Consiste, pertanto, nell'insieme di forze, fenomeni e tendenze di carattere generale che possono avere natura politica, economica e sociale che condizionano e influenzano le scelte e i comportamenti dell'organizzazione e indistintamente di tutti gli attori del sistema su cui tale organizzazione si colloca.

L'analisi del contesto esterno si avvale dei dati contenuti nella "Relazione sull'attività delle forze di polizia, sullo stato dell'ordine della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata" per l'anno 2018 (ultimo disponibile), presentata dal Ministro dell'Interno e reperibile nel sito della Camera dei Deputati, dalla quale emerge che nelle Province di Vicenza e Padova, ambito entro cui si può ritenere circoscritta l'attività di questo Ente, non risultano accertati fenomeni criminali di particolare importanza riconducibili alle attività prese in considerazione dal presente documento.

### **VALUTAZIONE DI IMPATTO DEL CONTESTO INTERNO**

La struttura organizzativa dell'Ente è articolata come di seguito indicato:

- è presente l'unica figura dirigenziale del Segretario-Direttore;
- sono presenti 5 aree: Finanziaria e amministrativa, Sanitaria e assistenziale, Socio - animativa, Riabilitativa, Economale - tecnica – alberghiera – benessere;
- alle aree Finanziaria e amministrativa e Sanitaria e assistenziale sono state assegnate due posizioni organizzative, in qualità di responsabili di area.

Si riporta, nel prospetto che segue, la dotazione organica effettiva e la consistenza del personale al 01.01.2022:

<b>Categoria / Pos.Giur.</b>	<b>N. dipendenti</b>	<b>Di ruolo</b>	<b>Non di ruolo</b>
<b>Dirigenti</b>	1	1	0
<b>D3</b>	0	0	0
<b>D1</b>	4	4	0
<b>C</b>	15	14	1
<b>B3</b>	1	1	0
<b>B1</b>	36	35	1
<b>A</b>	1	1	0

Nell'ambito di vigenza dei precedenti Piani (2014-2021) non è stato registrato alcun caso di azioni giudiziali o di procedimenti disciplinari in materia di corruzione.

### MAPPATURA DEI PROCESSI

La mappatura dei processi è riportata nell'Allegato A) al presente piano.

### IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI

Per ciascun processo inserito nell'elenco di cui sopra è effettuata la valutazione del rischio, attività complessa suddivisa nei seguenti passaggi:

- identificazione;
- analisi;
- ponderazione del rischio.

#### L'identificazione del rischio

I potenziali rischi, intesi come comportamenti prevedibili che evidenzino una devianza dai canoni della legalità, del buon andamento e dell'imparzialità dell'azione amministrativa per il conseguimento di vantaggi privati, sono identificati, nell'analisi che ogni responsabile di area deve effettuare, mediante:

- confronto con i responsabili dei procedimenti e gli istruttori;
- eventuali casi giudiziari accaduti in passato;
- segnalazioni pervenute;
- esemplificazioni svolte dall'Anac per determinati settori;
- confronto con analisi effettuate da altre Amministrazioni comparabili.

I rischi individuati sono sinteticamente descritti relativamente a ciascun processo e riportati in una specifica colonna "eventi rischiosi".

#### L'analisi del rischio

Per ogni rischio individuato devono essere individuati i fattori abilitanti, ossia i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione (le c.d. cause degli eventi rischiosi nel PNA 2015). In tale fase è fondamentale il coinvolgimento della struttura organizzativa coinvolta nei singoli processi. È necessario, conseguentemente, stimare la probabilità che l'evento rischioso si verifichi e, nel caso, il conseguente impatto per l'Amministrazione. Per stimare il livello di esposizione al rischio si è scelto l'approccio valutativo di tipo qualitativo, ossia determinazione del livello di esposizione al rischio in base a motivate valutazioni su specifici criteri, denominati "indicatori di stima", che di seguito si riportano:

1. livello di interesse "esterno";
2. grado di discrezionalità;

3. manifestazione di eventi corruttivi in passato o di condanne per responsabilità patrimoniale (riferimento quinquennio precedente);
4. livello di trasparenza e di tracciabilità;
5. grado di attuazione delle misure di trattamento già previste per il processo;
6. livello di coinvolgimento di più soggetti nel processo decisionale.

Per ogni criterio si effettua una misurazione motivata del livello di esposizione al rischio con applicazione di una scala di misurazione ordinale (alto = 4, medio = 3, basso = 2, nullo = 1), applicando criteri di ragionevolezza ed evitando sottostime del rischio.

L'indice di rischio complessivo avrà quindi valori compresi tra 6 e 24, che si possono suddividere nelle seguenti fasce:

- da 6 a 10 punti = NULLO
- da 11 a 15 punti = BASSO
- da 16 a 20 punti = MEDIO
- da 21 a 24 punti = ALTO

#### La ponderazione del rischio

L'analisi svolta permette di classificare i rischi emersi in base al livello di stima assegnato. Conseguentemente gli stessi sono confrontati e soppesati (c.d. ponderazione del rischio) al fine di individuare quelli che richiedono di essere trattati con maggiore urgenza e incisività.

#### IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Il processo di "gestione del rischio" si conclude con il "trattamento". Il trattamento consiste nel procedimento "per modificare il rischio". In concreto, la fase di trattamento del rischio è il processo finalizzato a intervenire sui rischi emersi attraverso l'introduzione di apposite misure di prevenzione e contrasto. Con il termine "misura" si intende ogni intervento organizzativo, iniziativa, azione, o strumento di carattere preventivo ritenuto idoneo a neutralizzare o mitigare il livello di rischio connesso ai processi amministrativi posti in essere dall'Ente.

Talvolta l'implementazione di una misura può richiedere delle azioni preliminari che possono a loro volta configurarsi come "misure" nel senso esplicitato dalla definizione di cui sopra. Ad esempio, lo stesso P.T.C.P. è considerato dalla normativa una misura di prevenzione e contrasto finalizzata ad introdurre e attuare altre misure di prevenzione e contrasto.

Tali misure possono essere classificate sotto diversi punti di vista. Una prima distinzione è quella tra:

- "misure comuni e obbligatorie" o legali (in quanto è la stessa normativa di settore a ritenerle comuni a tutte le pubbliche amministrazioni e a prevederne obbligatoriamente l'attuazione a livello di singolo Ente);
- "misure ulteriori" ovvero eventuali misure aggiuntive individuate autonomamente da ciascuna amministrazione; esse diventano obbligatorie una volta inserite nel P.T.P.C.

Va data priorità all'attuazione delle misure obbligatorie rispetto a quelle ulteriori. Queste ultime debbono essere valutate anche in base all'impatto organizzativo e finanziario connesso alla loro implementazione. Talune misure presentano poi carattere trasversale, ossia sono applicabili alla struttura organizzativa dell'ente nel suo complesso, mentre altre sono, per così dire, settoriali in quanto ritenute idonee a trattare il rischio insito in specifici settori di attività.

L'**allegato B) "Mappatura dei processi"** riporta nell'ultima colonna, per ciascun processo, le Misure di prevenzione e di contrasto da introdurre/attuare o a regime, secondo la programmazione definita dal presente piano. Trattasi, prevalentemente, di misure specifiche.

#### MONITORAGGIO DELLE MISURE

La gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio finalizzata alla verifica sia dello stato di attuazione delle misure adottate sia dell'efficacia delle stesse e, quindi, alla successiva messa in atto di eventuali ulteriori strategie di prevenzione. Il controllo e il monitoraggio riguardano tutte le fasi di gestione del rischio al fine di poter intercettare i rischi emergenti, identificare i processi organizzativi eventualmente trascurati in fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

## TRASPARENZA

Il D.lgs. 33/2013, come modificato e integrato dal D.lgs. 97/2016, sopprime l'obbligo di adottare il programma triennale per la trasparenza e l'integrità e stabilisce la sua confluenza in un'apposita sezione del PTPCT.

La trasparenza è misura cardine dell'intero impianto anticorruzione. Infatti, secondo l'art. 1 del D.lgs. 33/2013, *“la trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche”*.

L'art. 10, comma 3, dispone che *“la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali”*.

### Strumenti della trasparenza

La trasparenza è assicurata, in particolare, attraverso i seguenti strumenti:

- **sito istituzionale;**
- sezione del sito istituzionale denominata **“Amministrazione trasparente”**;
- **accesso civico:** l'art. 5, comma 1, del D.lgs. 33/2013, come sostituito dal D.lgs. 97/2016, dispone che *“l'obbligo previsto dalla normativa vigente in capo alle pubbliche amministrazioni di pubblicare documenti, informazioni o dati comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione”*. Inoltre, il comma 2, dell'art. 5 dispone che *“allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione”* obbligatoria ai sensi del D.lgs. 33/2013. La norma attribuisce ad ogni cittadino il libero accesso ai dati elencati dal decreto 33/2013, oggetto di pubblicazione obbligatoria, ed estende l'accesso civico ad ogni altro dato e documento (“ulteriore”) rispetto a quelli da pubblicare in “amministrazione trasparente”. L'accesso civico “potenziato” investe ogni documento, ogni dato ed ogni informazione delle pubbliche amministrazioni. L'accesso civico incontra quale unico limite “la tutela di interessi giuridicamente rilevanti” secondo la disciplina del nuovo articolo 5-bis del D.lgs. 33/2013 e s.m.i.. L'accesso civico non è, inoltre, sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente: spetta a chiunque;
- **elenco degli obblighi di pubblicazione**, conforme a quello definito dall'Allegato 1 alla delibera dell'ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016, è contenuto nell'**allegato B**, con indicazione del servizio e del soggetto responsabili.

### Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi

Fatte salve diverse disposizioni di legge o di regolamento, i dati, le informazioni e i documenti soggetti a pubblicazione obbligatoria e tempestiva sono pubblicati, di norma, entro quindici giorni dalla adozione o dalla effettiva disponibilità.

In particolare, eventuali dati, informazioni e documenti soggetti a pubblicazione preventiva sono pubblicati non oltre il quinto giorno antecedente alla loro adozione.

Se è prescritto l'aggiornamento trimestrale o semestrale, la pubblicazione è effettuata nei trenta giorni successivi alla scadenza del trimestre o del semestre.

In relazione agli adempimenti con cadenza annuale, la pubblicazione dei dati avviene nel termine di trenta giorni dalla data in cui si rendono disponibili o da quella in cui essi devono essere formati o devono pervenire all'Amministrazione sulla base di specifiche disposizioni normative.

#### Monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza

Il monitoraggio e la vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza sono svolti dal RPCT.

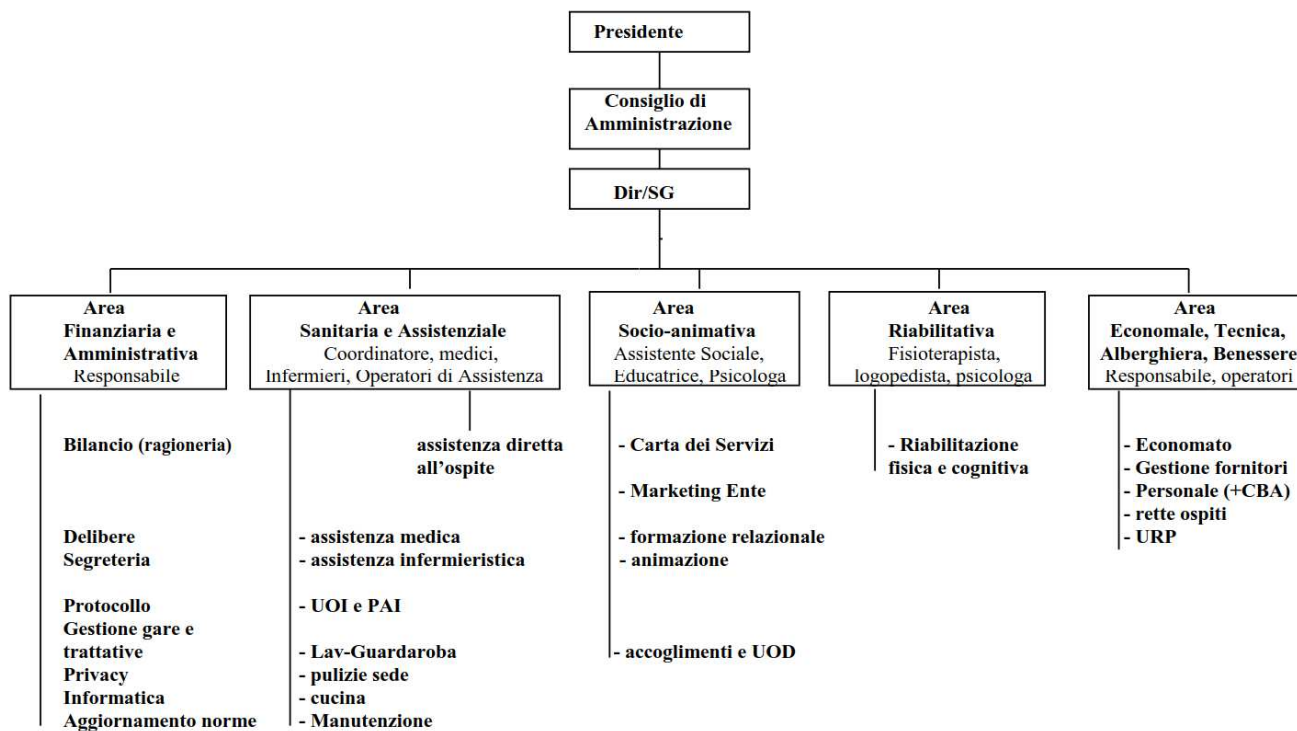
Oltre alla rilevazione annuale sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, di competenza del Nucleo di valutazione, il monitoraggio viene svolto a cadenza semestrale e consiste nella verifica della tempestività di pubblicazione, della comprensibilità, qualità e completezza, e della riutilizzabilità dei dati, delle informazioni e dei documenti, effettuata mediante la navigazione della sezione "Amministrazione trasparente".



### 3<sup>a</sup> Sezione di programmazione

#### sottosezione 3.1

## STRUTTURA ORGANIZZATIVA



#### sottosezione 3.02

## LAVORO IN MODALITÀ AGILE

Il *core business* dell'Ente è l'assistenza in forma residenziale a persone, di norma anziani non autosufficienti. Nello specifico, l'attività si estrinseca nell'erogazione di un adeguato livello, secondo lo specifico bisogno, di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, tutelare e alberghiera rivolta direttamente alla persona. Il presupposto fondamentale è l'assistenza diretta in presenza nei confronti della persona, la quale necessità di un servizio 24 ore su 24.

Il gruppo personale assistenziale-sanitario comprende il personale a diretto contatto con l'ospite (operatori socio sanitari, infermieri, coordinatori, fisioterapisti, logopedisti, educatori e psicologi), e rappresenta la quasi totalità dei dipendenti dell'Ente.

È del tutto evidente che, data la tipicità dell'attività erogata, la prestazione di lavoro in modalità agile non può che essere circoscritta e assumere una forma del tutto residuale, dato che il *core business* dell'Ente è l'assistenza diretta alla persona.

Pertanto i processi di lavoro compatibili con la prestazione di lavoro in modalità agile sono quelli che non presuppongono attività diretta sull'ospite.

La modalità di lavoro agile è quindi prevista e applicabile nei limiti specificati.

La modalità di lavoro agile è attivabile per garantire la continuità dell'attività amministrativa, in condizioni volte a tutelare la salute e sicurezza del lavoratore in situazioni emergenziali, nei limiti

stabiliti dalla legislazione vigente, concordata con il Segretario-Direttore, che ne valuta i presupposti per il ricorso.

Al dipendente che presta attività svolta in modalità agile, si garantisce che lo stesso non subisca penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera.

### **sottosezione 3.03**

## **PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE**

### SITUAZIONI DI SOPRANNUMERO E DI ECCEDEXZA

L'art. 33 del D.Lgs. 165/2001 dispone che le pubbliche amministrazioni che hanno situazioni di soprannumero o rilevano comunque eccedenze di personale, in relazione alle esigenze funzionali o alla situazione finanziaria, anche in sede di ricognizione annuale prevista dall'articolo 6 del medesimo decreto, sono tenute ad osservare le procedure previste dal presente articolo dandone immediata comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica.

Le amministrazioni pubbliche che non adempiono alla ricognizione annuale non possono effettuare assunzioni o instaurare rapporti di lavoro con qualunque tipologia di contratto pena la nullità degli atti posti in essere. Inoltre la mancata attivazione delle procedure previste dalla normativa da parte del dirigente responsabile è valutabile ai fini della responsabilità disciplinare.”;

La circolare n. 4/2014 del Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione definisce come:

- soprannumerarietà: *situazione per cui il personale in servizio [...] supera la dotazione organica in tutte le qualifiche, le categorie e le aree. L'amministrazione non presenta perciò posti vacanti utili per una eventuale riconversione del personale o una diversa distribuzione dei posti;*
- eccedenza: *situazione per cui il personale in servizio [...] supera la dotazione organica in una o più qualifiche, categorie, aree o profili professionali di riferimento, Si differenzia dalla soprannumerarietà in quanto la disponibilità di posti in altri profili della stessa area o categoria, ove ricorrano le condizioni, potrebbero consentire la riconversione del personale;*

A seguito di apposita valutazione del Segretario-Direttore, in merito a quanto previsto dall'art. 33 sopra richiamato, presso questo ente non esistono situazioni di soprannumero né di eccedenze di personale.

### DOTAZIONE ORGANICA

L'art. 6 del D.Lgs. 165/2001, come modificato dall'art. 4 del D.Lgs. 75/2017, introduce elementi significativi tesi a realizzare il superamento del tradizionale concetto di dotazione organica.

Il termine dotazione organica, nella disciplina precedente, rappresentava il “contenitore” rigido da cui partire per definire il PTFP, nonché per individuare gli assetti organizzativi delle amministrazioni, contenitore che condizionava le scelte sul reclutamento in ragione dei posti disponibili e delle figure professionali contemplate.

Secondo la nuova formulazione dell'art. 6, è necessaria una coerenza tra il piano triennale dei fabbisogni e l'organizzazione degli uffici, da formalizzare con gli atti previsti dai rispettivi ordinamenti.

La centralità del PTFP, quale strumento strategico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, è di tutta evidenza. Il PTFP diventa lo strumento programmatico, modulabile e flessibile, per le esigenze di reclutamento e di gestione delle risorse umane necessarie all'organizzazione.

La nuova visione, introdotta dal D.Lgs. 75/2017 di superamento della dotazione organica, si sostanzia, quindi, nel fatto che tale strumento, solitamente cristallizzato in un atto sottoposto ad iter complesso per l'adozione, cede il passo ad un paradigma flessibile e finalizzato a rilevare realmente le effettive esigenze, quale il PTFP.

### DEROGA PER LE IPAB CHE GESTISCONO SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI IN MATERIE DI LIMITI DI CONTENIMENTO DELLA SPESA DI PERSONALE

L'art. 18, comma 2-*bis*, del D.L. 112/2008 prevede che le IPAB che gestiscono servizi socio-assistenziali sono escluse dai limiti di contenimento della spesa di personale, fermo restando l'obbligo di mantenere un livello dei costi del personale coerente rispetto alla quantità di servizi erogati.

### ASSUNZIONI OBBLIGATORIE DI CUI ALLA L. 68/1999

L'art. 3, comma 1, della Legge 68/1999 prevede che *“I datori di lavoro pubblici e privati sono tenuti ad avere alle loro dipendenze lavoratori appartenenti alle categorie di cui all'articolo 1 nella seguente misura: a) sette per cento dei lavoratori occupati, se occupano più di 50 dipendenti; b) due lavoratori, se occupano da 36 a 50 dipendenti; c) un lavoratore, se occupano da 15 a 35 dipendenti.”*

Al successivo comma 3, viene precisato che *“Per [...] le organizzazioni che, senza scopo di lucro, operano nel campo [...] dell'assistenza e della riabilitazione, la quota di riserva si computa esclusivamente con riferimento al personale tecnico-esecutivo e svolgente funzioni amministrative.”*

Il numero di personale dell'ente con funzioni amministrative e tecnico-esecutive risulta inferiore alle 15 unità, e pertanto non vi è l'obbligo di procedere all'assunzione di unità appartenenti alle categorie protette.

### STANDARD REGIONALI

Nell'ambito delle proprie competenze legislative la Regione Veneto ha imposto il rispetto degli standard regionali definiti con L.R. 22/2002 e DGR 84/2007, pena il mancato rilascio o la revoca dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale.

La convenzione con l'ULSS n. 7 per le prestazioni sanitarie degli ospiti non autosufficienti, redatta sulla base dello schema tipo regionale di cui alla DGR 3856/2004 e al nuovo schema di accordo contrattuale approvato con DGR 1438/2017, prevede espressamente il rispetto degli standard derivanti dai livelli autorizzativi regionali e al loro interno sono espressamente previsti quelli per le attività di riabilitazione (fisioterapisti, logopedisti, psicologi).

In particolare l'allegato A alla DGR 84/2007 specifica i seguenti standard minimo per i centri di servizi per persone anziane non autosufficienti con ridotto-minimo bisogno assistenziale:

#### **Area socio-sanitaria**

- 1 coordinatore ogni 90 ospiti
- 1 operatore socio-sanitario ogni 2,5 ospiti
- 1 infermiere professionale ogni 15 ospiti (il servizio deve essere garantito nell'arco delle 24 ore, anche mediante ricorso alla reperibilità notturna)

#### **Area sociale**

- 1 educatore-animatore ogni 60 ospiti
- 1 assistente sociale ogni 120 ospiti
- 1 psicologo ogni 120 ospiti

Deve inoltre essere prevista la presenza di adeguato personale con funzioni amministrative, di personale ausiliario e di attività di manutenzione/pronto intervento, in base alle esigenze dell'organizzazione del centro servizi.

Per quanto riguarda **altro personale sanitario** la DGR 84/2007 rimanda alla convenzione stipulata tra il centro di servizi e la Azienda ULSS di riferimento.

La convenzione attuale prevede i seguenti standard:

- 1 fisioterapista ogni 60 ospiti
- 1 logopedista ogni 200 ospiti

**ACQUISTO DI SERVIZI SUL MERCATO**

L'art 6-bis del D.Lgs. n.165/2001 statuisce che le pubbliche amministrazioni sono autorizzate, nel rispetto dei principi di concorrenza e di trasparenza, ad acquistare sul mercato i servizi, originariamente prodotti al proprio interno a condizione di ottenere conseguenti economie di gestione e di adottare le necessarie misure in materia di personale e di dotazione organica.

L'Ente ha in essere i seguenti appalti di servizi:

- servizi integrativi socio-assistenziali
- servizio infermieristico notturno
- servizio di ristorazione
- servizio di pulizia e lavanderia
- servizio di parrucchiera e di cura della persona

**INCARICHI ESTERNI A PROFESSIONISTI**

Alla data attuale l'Ente non si avvale di incarichi professionali, a seguito dell'assunzione delle varie figure con contratto di lavoro dipendente.

**PIANO DEL FABBISOGNO DI PERSONALE – ANNO 2022**

Al fine di rispettare gli standard regionali previsti, nonché per garantire il corretto funzionamento del centro servizi, nel corso dell'anno 2022 sono previste le seguenti assunzioni:

<b>N. unità</b>	<b>Pos.Giur. / Profilo</b>	<b>Assunzione</b>	<b>Modalità</b>
1	D / Coordinatore dei servizi	Assunzione a tempo indeterminato e pieno	Mobilità esterna e concorso pubblico
2	C / Infermiere professionale	n. 1 assunzione a tempo indeterminato e pieno, n. 1 assunzione a tempo indeterminato a parziale	Concorso pubblico
5	B1 / Operatore socio sanitario	Assunzione a tempo indeterminato e pieno	Mobilità esterna e concorso pubblico

Si provvederà comunque alla copertura dei posti di Operatori Socio Sanitari e Infermieri Professionali che si renderanno vacanti a seguito di pensionamento o dimissioni, con assunzione tramite mobilità volontaria ex art. 30 del D.Lgs. 165/2001, scorrimento di graduatorie dell'ente ovvero di altri enti, o indizione di apposito concorso pubblico, al fine di garantire gli standard assistenziali di cui alla DGR 84/2007.

Per quanto riguarda le assunzioni a tempo determinato, o comunque con contratto di lavoro flessibile, si dà atto che, di norma, verranno sostituite le assenze di lunga durata, mentre per le assenze brevi si opererà a seconda delle necessità organizzative e assistenziali da garantire.

**PIANO DEL FABBISOGNO DI PERSONALE – ANNO 2023**

Nel corso dell'anno 2023 si provvederà alla copertura dei posti di Operatori Socio Sanitari e Infermieri Professionali che si renderanno vacanti a seguito di pensionamento o dimissioni, con assunzione tramite mobilità volontaria ex art. 30 del D.Lgs. 165/2001, scorrimento di graduatorie dell'ente ovvero di altri enti, o indizione di apposito concorso pubblico, al fine di garantire gli standard assistenziali di cui alla DGR 84/2007.

Per quanto riguarda le assunzioni a tempo determinato, o comunque con contratto di lavoro flessibile, si dà atto che, di norma, verranno sostituite le assenze di lunga durata, mentre per le assenze brevi si opererà a seconda delle necessità organizzative e assistenziali da garantire.

### PIANO DEL FABBISOGNO DI PERSONALE – ANNI 2024

Nel corso dell'anno 2024 si provvederà alla copertura dei posti di Operatori Socio Sanitari e Infermieri Professionali che si renderanno vacanti a seguito di pensionamento o dimissioni, con assunzione tramite mobilità volontaria ex art. 30 del D.Lgs. 165/2001, scorrimento di graduatorie dell'ente ovvero di altri enti, o indizione di apposito concorso pubblico, al fine di garantire gli standard assistenziali di cui alla DGR 84/2007.

Per quanto riguarda le assunzioni a tempo determinato, o comunque con contratto di lavoro flessibile, si dà atto che, di norma, verranno sostituite le assenze di lunga durata, mentre per le assenze brevi si opererà a seconda delle necessità organizzative e assistenziali da garantire.

### FORMAZIONE DEL PERSONALE

Le priorità strategiche per la formazione del triennio di riferimento sono suddivise come di seguito indicato:

- Personale Amministrativi: partecipazione a corsi di formazione inerenti le novità legislative, autorizzate dal Segretario-Direttore.
- Personale Socio-Sanitario: attivazione di percorsi formativi specifici inerenti le mansioni effettuate, con particolare riferimento alle relazioni verso gli ospiti del centro servizi.

### PIANO TRIENNALE DELLE AZIONI POSITIVE

La strategia delle azioni positive dell'Ente è rivolta a rimuovere quei fattori che, direttamente o indirettamente, determinano situazioni di squilibrio in termini di opportunità e consiste nell'introduzione di meccanismi che pongano rimedio agli effetti sfavorevoli di queste dinamiche, compensando gli svantaggi e consentendo concretamente l'accesso ai diritti.

Il presente Piano individua le seguenti linee di intervento:

- superare condizioni, organizzazione e distribuzione del lavoro che provocano effetti diversi, a seconda del sesso, nei confronti dei dipendenti, con pregiudizio nella formazione, nell'avanzamento professionale e di carriera, ovvero, nel trattamento economico e retributivo;
- promuovere l'inserimento delle donne nelle attività ed ai livelli di responsabilità;
- favorire, anche mediante una diversa organizzazione delle attività, delle condizioni e del tempo di lavoro, l'equilibrio tra responsabilità familiari e professionali;
- valorizzare il contenuto professionale delle mansioni a più forte presenza femminile.

L'Ente provvede a:

- monitorare la situazione del personale al fine di verificare la sussistenza di eventuali discriminazioni, anche attraverso la costituzione del Comitato Unico di Garanzia;
- favorire l'informativa sui dati di genere, evidenziandone i relativi trend evolutivi;
- verificare l'equilibrata costituzione delle commissioni per le procedure di concorso, e di ogni altra procedura selettiva, secondo quanto stabilito dall'art. 51 e 57, comma 1, del Decreto Legislativo n. 165/2001, nonché l'assenza di discriminazioni di genere nei bandi di concorso e nelle prove concorsuali;
- garantire l'assenza di discriminazioni di genere nelle procedure interne dell'Ente.

## **4^ Sezione di programmazione**

# **MONITORAGGIO E SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI**

L'Ente somministra periodicamente un questionario di soddisfazione della qualità dei servizi erogati. I dati raccolti sono oggetto di analisi ed eventualmente della messa in atto di azioni correttive e successivamente presentati al Consiglio di Amministrazione dell'Ente e messi a disposizione sul sito istituzionale a quanti tra parenti o personale vogliono prenderne conoscenza.

Analogamente periodicamente viene somministrato un questionario per misurare il clima organizzativo all'interno dell'Ente e anche per esso viene effettuata un'analisi dei risultati per eventualmente mettere in atto azioni correttive di miglioramento a vario livello.

### MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale da OIV/Nucleo di Valutazione, non appena saranno attivati gli strumenti di performance.

### MONITORAGGIO FORMAZIONE

Si rinvia al "Piano formativo".

### MONITORAGGIO RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Il monitoraggio della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" avverrà secondo le indicazioni di ANAC. Essa è attuata dagli stessi soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio, in stretta connessione con il sistema di programmazione e controllo di gestione.

Ai sensi dell'articolo 1, comma 14, della legge n. 190 del 2012, il RPCT entro il 15 dicembre di ogni anno redige una relazione sull'attività svolta nell'ambito della prevenzione e contrasto della corruzione e la trasmette all'Organo di indirizzo (CdA).

La relazione del RPCT viene predisposta su un modello reso disponibile dall'ANAC.

Qualora nel corso dell'anno emergessero elementi di criticità per le quali si ritiene opportuno adottare ulteriori misure di prevenzione, sarà cura dell'Ente provvedere ad un aggiornamento del PTPCT, su proposta del RPCT. In tal modo, si consente agli stakeholder di fornire osservazioni durante tutto l'anno e non solo nel periodo di pubblicazione della proposta del Piano, prima dell'approvazione definitiva, riconoscendo al documento la natura di strumento dinamico e non di mero atto burocratico.